

Articulo_Nail_es.docx

 Universidad Peruana Union

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::29566:590490994

Fecha de entrega

14 may 2026, 7:54 a.m. GMT+1

Fecha de descarga

14 may 2026, 7:58 a.m. GMT+1

Nombre del archivo

Articulo_Nail_es.docx

Tamaño del archivo

4.0 MB

20 páginas

5202 palabras

31.072 caracteres

7% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 8 palabras)

Fuentes principales

- 5%  Fuentes de Internet
- 3%  Publicaciones
- 4%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 5% Fuentes de Internet
- 3% Publicaciones
- 4% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Trabajos entregados	Universidad Andina del Cusco on 2025-10-01	<1%
2	Internet	www.bdigital.unal.edu.co	<1%
3	Trabajos entregados	National University College - Online on 2026-04-27	<1%
4	Internet	www.researchgate.net	<1%
5	Internet	pmc.ncbi.nlm.nih.gov	<1%
6	Internet	doaj.org	<1%
7	Internet	www.richtmann.org	<1%
8	Publicación	Jerry K. Benites-Meza, Percy Herrera-Añazco, Nilton Yhuri Carreazo, Guido Bendez...	<1%
9	Trabajos entregados	Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente on 2025-03-29	<1%
10	Internet	preprints.scielo.org	<1%
11	Internet	sms.carm.es	<1%

12	Internet	pubmed.ncbi.nlm.nih.gov	<1%
13	Internet	www.flacso.or.cr	<1%
14	Internet	articulocardio.blogspot.com	<1%
15	Internet	revistamedica.imss.gob.mx	<1%
16	Trabajos entregados	uaq on 2025-06-03	<1%
17	Publicación	E. González-Parra, E. Daudén, J.M. Carrascosa, A. Oliveira, R. Botella, C. Bonanad, R...	<1%
18	Trabajos entregados	National University College - Online on 2025-01-23	<1%
19	Internet	www.intandro.com	<1%
20	Internet	www.siicsalud.com	<1%
21	Trabajos entregados	Madrid Standalone on 2026-04-23	<1%
22	Internet	docplayer.es	<1%
23	Internet	repositorio.cientifica.edu.pe	<1%
24	Internet	worldwidescience.org	<1%
25	Internet	www.coursehero.com	<1%

26

Internet

www.elsevier.es

<1%

27

Internet

www.gacetasanitaria.org

<1%

Patient-physician relationship and perception about disease and treatment are associated with adherence in cardiometabolic patients

~~La relación médica-paciente y la percepción sobre la enfermedad y el tratamiento están asociadas con la adherencia en pacientes cardiometabólicos~~

Diana S. Tinoco-Loarte¹ ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-5476-5168>

Nail Leon-Vasquez¹ ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-9830-5071>

Anderson N. Soriano-Moreno¹ ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5535-811X>

Unidad de Investigación Clínica y Epidemiológica, Escuela de Medicina, Universidad Peruana Unión, Lima, Perú.

Autor corresponsal

Anderson N. Soriano-Moreno, MD, MSc

Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud

Universidad Peruana Unión, Lima, Perú.

Carretera Central Km 19.5 Ñaña, Chosica, Perú

andersonsoriano@upeu.edu.pe

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no tienen conflictos de intereses.

RESUMEN

Introducción: Las enfermedades cardiovasculares representan la principal causa de mortalidad, siendo la adherencia al tratamiento esencial. Este estudio buscó determinar la asociación entre la relación médico paciente y percepciones sobre el tratamiento y la enfermedad, y a la adherencia en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular.

Métodos: Estudio analítico transversal realizado en pacientes adultos con uno o más factores de riesgo cardiovascular atendidos en un hospital público. Evaluamos la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico utilizando el "Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedad cardiovascular", así como la relación médico-paciente y percepciones respecto al tratamiento utilizando preguntas tipo likert. Se utilizó regresión lineal ajustada para evaluar las asociaciones entre estos factores y la adherencia al tratamiento, ajustada por covariables.

Resultados: Incluimos a 372 participantes (edad media 64.8 ± 11.5 años; 66.1% mujeres). El 89.5% tenía sobrepeso/obesidad, el 79.6% diabetes mellitus tipo 2 (79.6%) y el 73.4% hipertensión. La claridad de las explicaciones del médico ($B = 12.27$; IC del 95%: 9.02–15.52; $p < 0.001$), sentirse escuchado por el médico ($B = 12.87$; IC del 95%: 9.67–16.07; $p < 0.001$), creencia de que los medicamentos están funcionando ($B = 16.95$; IC del 95%: 13.74–20.16; $p < 0.001$), y percepción de la gravedad de la enfermedad ($B = 22.61$; IC del 95%: 17.55–27.68; $p < 0.001$) se asociaron con mayor adherencia. En contraste, el miedo a la dependencia a los medicamentos ($B = -13.69$; IC del 95%: -23.23 a -4.15; $p = 0.005$) se asoció con una menor adherencia.

Conclusión: En este estudio se evidencia que la mayor adherencia se asoció a una mejor relación médico-paciente, percepción de eficacia del tratamiento y reconocimiento de la gravedad de la enfermedad, mientras que el temor a la dependencia medicamentosa la redujo.

Palabras clave: Adherencia al tratamiento, relación médico - paciente, percepción, enfermedad cardiovascular.

INTRODUCCIÓN

Frecuencia de la ECNT en el mundo

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de mortalidad mundial (1,2). ~~En países últimos dos décadas se atribuyen a estos trastornos (3,4). En América Latina y el Caribe, las enfermedades cardiovasculares fueron la primera causa de muerte en 2019, con cerca de 962 000 fallecimientos (27 % del total), lo que representa un aumento del 71 % desde 1990, estrechamente relacionado con el incremento de factores de riesgo metabólicos como la obesidad, hipertensión y diabetes, así como con hábitos poco saludables tales como el tabaquismo, el consumo de alcohol y la inactividad física (5).~~

Frecuencia de la ECNT en Perú

En el Perú, la mortalidad por ECV ~~creció ha crecido un 78%, de 72.4 a 128.7 casos~~ por 100 000 entre 2017 a 2022, representando un crecimiento del 78% en este periodo (3). ~~Causa de esto podría ser las elevadas frecuencias de factores de riesgo cardiovascular. El 36.5% de la población mayor de 15 años presenta sobrepeso y el 25.7% obesidad (4). Asimismo, existe una elevada prevalencia de dislipidemia, destacando el bajo HDL 56.9%, hipertrigliceridemia 44.7% e hipercolesterolemia 25.9% (5). Finalmente, La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2024, el 40.1% de la población adulta presenta al menos una comorbilidad (7). En el año 2024, la prevalencia de hipertensión arterial fue se estima alrededor del de 20.6% en personas mayores de 15 años, siendo mayor en hombres 23.3% que en mujeres 18%, con mayor afectación en la Costa 22.5%, seguida de la Selva 18% y la Sierra 16% (4) y la d La diabetes mellitus constituye la séptima causa de muerte (5); su prevalencia alcanza el 5.3% en mayores de 15 años, con tasas más altas en mujeres (6%) que en hombres 4.5%, siendo la costa la región más afectada 6.5% (4). Asimismo, existe una elevada prevalencia de dislipidemia, destacando el bajo HDL 56,9%, hipertrigliceridemia 44.7% e hipercolesterolemia 25.9%, con mayor frecuencia de HDL bajo en mujeres 66.4% y en zonas urbanas (6). Finalmente, el 36.5% de la población mayor de 15 años presenta sobrepeso y el 25.7% obesidad (4) diabetes mellitus constituye la séptima causa de muerte (6) con una prevalencia que alcanza el 5.3% en mayores de 15 años (4).~~

Adherencia y su impacto en el control/complicaciones

Según la OMS, la adherencia terapéutica se define como el grado en que el comportamiento de una persona toma medicamentos, sigue una dieta o cambiar su estilo de vida que coinciden con las recomendaciones de un profesional de la salud (7). La adherencia terapéutica es fundamental para lograr un buen control de los factores de riesgo cardiovascular (8). La mala adherencia limita los beneficios de los tratamientos, eleva los costos sanitarios (9) y supone una carga para los sistemas de salud (10). Por el contrario, un adecuado control de los factores de riesgo mediante fármacos y cambios en el estilo de vida reduce significativamente la morbilidad cardiovascular y mejora la esperanza y calidad de vida de los pacientes (9,11). Un aumento del 20% en la adherencia a medicamentos cardiovasculares, antihipertensivos e hipolipemiantes se asocia

Formatted: Indent: Left: 0.1"

respectivamente con una reducción del 9%, 7% y 10% en eventos cardiovasculares, del 16%, 17% y 13% en accidentes cerebrovasculares, y del 10%, 12% y 9% en mortalidad cardiovascular (8).

Adherencia: prevalencia en el mundo y Perú

~~La prevalencia de la falta de adherencia terapéutica es alta y representa un problema a nivel global, se estima que alrededor del 40 al 60% de los pacientes con ECV no toman sus medicamentos según lo prescrito (12). En el Perú, la adherencia terapéutica en pacientes con riesgo cardiovascular sigue la tendencia global, aunque es menor en atención primaria y zonas rurales o andinas (13). Calderón et al, realizaron un estudio en 15 184 participantes donde observaron que la prevalencia general de baja adherencia al régimen terapéutico fue del 37.1% en pacientes con hipertensión y diabetes, asimismo, la baja adherencia fue significativamente más frecuente en ciertos grupos, destacando el 73.7% en adultos de 18 a 29 años, 50% en personas sin seguros de salud, el 53.2% en personas con estrato socioeconómico bajo, el 52.4% en la región selva y el 49.9% en zonas rurales (14).~~

Factores asociados

Diversos factores se asocian con la mala adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. La edad avanzada y el bajo nivel educativo se relacionan con menor adherencia (12), mientras que estar casado se asocia con mayor adherencia (11). La depresión, la polifarmacia y un mayor número de comorbilidades aumentan significativamente el riesgo de no adherencia (12). Así mismo, la falta de apoyo social y la ausencia de redes de apoyo son predictores importantes de mala adherencia (12).

La relación que el paciente tiene con el médico y las percepciones de los pacientes sobre el tratamiento y su enfermedad también juega un rol importante. ~~De acuerdo con Jianwei Zeng et al, Los médicos generan confianza mientras explican de forma clara las opciones y tras la escucha activa de las expectativas del tratamiento, preocupaciones y miedos (13). En su investigación Álvaro Carbonell Soliva et al, observaron que Por otro lado, se ha visto que cuanto mayor era es el miedo sobre su enfermedad, mayor era la motivación para tomar la medicación, mientras que su ausencia genera complacencia en cuanto al comportamiento y la adherencia al tratamiento. Así mismo, los pacientes que tienden a ignorar los síntomas de su enfermedad, aumentan su percepción de carga, que implica tomar un gran número de pastillas al día para controlar su enfermedad (14).~~

Importancia en Perú

Adherencia: prevalencia en el mundo y Perú

~~La prevalencia de la falta de adherencia terapéutica es alta y representa un problema a nivel global, se estima que alrededor del 40 al 60% de los pacientes con ECV no toman sus medicamentos según lo prescrito (12). En el Perú, la adherencia terapéutica en pacientes con riesgo cardiovascular sigue la tendencia global, aunque es menor en atención primaria y zonas rurales o andinas (13). Calderón et al, realizaron un estudio en 15 184 participantes donde~~

observaron que la prevalencia general de baja adherencia al régimen terapéutico fue del 37.1% en pacientes con hipertensión y diabetes, asimismo, la baja adherencia fue significativamente más frecuente en ciertos grupos, destacando el 73.7% en adultos de 18 a 29 años, 50% en personas sin seguros de salud, el 53.2% en personas con estrato socioeconómico bajo, el 52.4% en la región selva y el 49.9% en zonas rurales (14).

En Perú, las guías del Ministerio de Salud para el manejo de enfermedades no transmisibles recomiendan tamizaje con glucemia y HbA1c, cálculo de riesgo cardiovascular, cambios intensivos en el estilo de vida, como parte del abordaje de los pacientes con ECV (15,16). Sin embargo, según el Reporte de Seguimiento del Programa Presupuestal 0018, solo el 65.5% de los hipertensos y el 72.6% de los diabéticos reciben tratamiento, con tasas de adherencia antihipertensiva frecuentemente inferiores al 50%, especialmente en provincias (9,17). Ante la necesidad de evaluar factores asociados que pueda estar asociados a la adherencia más allá de los convencionales, este estudio examinó la asociación entre variables relacionadas con la relación médico-paciente y las percepciones de los pacientes sobre el tratamiento y la enfermedad, con la adherencia al tratamiento en pacientes con factores de riesgo cardiovascular.

Formatted: Indent: Left: 0.1"

Commented [A1]: Mantengan solo una referencia, la que realmente es

METODOLOGÍA

Diseño y población

Estudio transversal analítico. La población fueron pacientes ≥ 18 años atendidos por medicina interna, cardiología o endocrinología en el Hospital de Chosica en Lima, Perú con diagnóstico de algún factor de riesgo cardiovascular incluyendo hipertensión, diabetes, dislipidemia o sobrepeso/obesidad. Se excluyeron a pacientes-individuos sin consentimiento, con dificultades de comunicación sin apoyo.

Muestra

Estimamos incluir 372 participantes en base a una prevalencia de riesgo esperada del cardiovascular 413.5% en base a un estudio previo (2) y considerando un intervalo de confianza del 95% y un error del 5%. La selección de los participantes se realizó en las salas de espera de los consultorios del Hospital por conveniencia.

Variable dependiente

Para medir la adherencia al tratamiento se evaluó mediante en pacientes con riesgo cardiovascular, se empleó el "Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular" creado y validado por Achury-Salinas et al. El instrumento obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.837 para la escala total y de 0.942 para la muestra evaluada en este estudio.

~~indicando una buena consistencia interna.~~ ~~indicando buena confiabilidad interna.~~ Este instrumento está compuesto por 29 ítems incluyendo 6 dimensiones, denominadas: expectativas y conductas de autoeficacia, seguimiento a las indicaciones del personal de salud en relación con la ingesta de medicamentos y alimentos, necesidad de apoyo para la adherencia, conductas esperadas de adherencia a largo plazo, manejo de situaciones tensionantes y realización de actividad física (18). Las preguntas son de tipo escala likert de 6 opciones (Nunca = 1, Casi nunca = 2, Pocas veces = 3, Frecuentemente = 4, Casi siempre = 5, Siempre = 6), con inversión de puntuación en los ítems 3, 8, 10, 18, 19, 20, 21 y 22. Los ítems 28 y 29 (consumo de alcohol y tabaco) son de selección múltiple con puntuación de 1 a 6 puntos (mayor frecuencia = menor puntaje). Debido a la falta de consistencia en la estructura factorial reportada en el estudio de validación original, se optó por utilizar el puntaje total del instrumento como una medida global de adherencia al tratamiento. Este enfoque permite capturar de manera integral los diferentes componentes conductuales del manejo de la enfermedad cardiovascular, incluyendo medicación, alimentación, actividad física y seguimiento clínico.

Variable independiente

9 Evaluamos como factores relacionados a la adherencia ~~a la relación~~ médico paciente y las percepciones sobre el tratamiento y la severidad de su enfermedad. La relación médico paciente se evaluó mediante dos preguntas tipo escala Likert de ~~5~~6 opciones, muy insatisfecho, insatisfecho, neutral, satisfecho, muy satisfecho: "Mi médico explica claramente mi tratamiento y "Me siento escuchado por mi médico".

Las percepciones sobre el tratamiento y la severidad de su enfermedad y se evaluaron con las siguientes preguntas: "Creo que mis medicamentos están funcionando", "Creo que los medicamentos hacen daño" y "Temo volverme dependiente de los medicamentos" y "Creo que mi enfermedad es grave". Estas preguntas fueron de tipo escala Likert de 5 opciones: totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, neutral, de acuerdo y totalmente de acuerdo.

Covariables confusoras

Colectamos también según autorreporte variables sociodemográficas y clínicas para ser utilizadas como confusoras debido a que podrían estar asociadas tanto a la adherencia como a las variables independientes evaluadas. Las variables sociodemográficas incluyeron sexo, edad en años, lugar de origen, situación laboral, ingreso mensual familiar y nivel educativo. Las variables clínicas incluyeron el número de medicamentos diarios, presencia de efectos adversos, ansiedad/depresión, número de condiciones cardiometabólicas y tiempo desde el primer diagnóstico.

Análisis estadístico

El análisis se realizó con el programa estadístico R versión 4. Describimos las variables numéricas utilizando medias con desviación estándar y las variables categóricas con frecuencias absolutas y relativas. Posteriormente, comparamos el nivel de adherencia según las categorías de las variables independientes utilizando la prueba de ANOVA. Finalmente creamos modelos de regresión lineal

simple y ajustada para determinar la asociación entre las variables independientes y el nivel de adherencia. Para este análisis, las variables independientes, originalmente medidas en escalas tipo Likert, fueron recategorizadas para el análisis en dos grupos debido a que algunas categorías en la escala de Likert tuvieron frecuencias bajas que dificultaban el análisis: “insatisfecho/neutral” vs. “satisfecho” para relación médico-paciente, y “en desacuerdo/neutral” vs. “de acuerdo” para percepciones sobre tratamiento y enfermedad. La regresión ajustada incluyó las variables confusoras ya descritas previamente. Se consideró un valor $p < 0.05$ como estadísticamente significativo.

Aspectos éticos

Este estudioEl presente trabajo de investigación fue revisado y aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión (0155-M-2025/UPEU-FCS-CF) y por el Comité de Ética del Hospital de Chosica (001-2025). La recolección de datos se llevó a cabo de manera anónima.

RESULTADOS

Análisis descriptivo

Analizamos los datos de 372 participantes, de los cuales 246 (66.1%) fueron mujeres, con un promedio de edad de 64.8 ± 11.5 años. La mayoría refería tener pareja (79.8%), provenía de la costa (61.8%), estaban desempleados (61.6%) y reportaban un ingreso familiar mensual menor a S/ 1300 (72.8%). En cuanto al nivel educativo, el 38.4% refería no tener ningún grado educativo o únicamente nivel primario, el 32% tenía nivel secundario y el 29.6% refirieron tener estudios superiores (Tabla 1).

Respecto a los factores de riesgo cardiovascular, el sobrepeso/obesidad fue el más frecuente (89.5%), seguido de la diabetes (79.6%) y la hipertensión (73.4%). El consumo promedio de medicamentos fue de 5.6 ± 2.4 medicamentos al día y solo el 11.3% refirió haber suspendido el tratamiento debido a los efectos adversos. El puntaje total de adherencia al tratamiento presentó una media de 105 ± 16.8 puntos (Tabla 1).

Análisis bivariado

Los pacientes que se declararon “muy satisfechos” (123.8 ± 18.98) o “satisfechos” (110.37 ± 13.43) con la claridad en la explicación proporcionada por el médico obtuvieron la mayor puntuación de adherencia, a comparación de aquellos “neutrales” (98.07 ± 11.83) o “insatisfechos” (94.39 ± 21.40). Los pacientes que se declararon “muy satisfechos” (123.35 ± 19.06) o “satisfechos” (110.97 ± 13.62) con el hecho de sentirse escuchados por el médico obtuvieron la mayor puntuación de adherencia, a comparación de aquellos “neutrales” (98.36 ± 12.19) o “insatisfechos” (91.33 ± 18.19). Estos incrementos desde las categorías de insatisfacción hasta las de alta satisfacción fueron estadísticamente significativas ($p < 0.001$ en ambos casos) (Tabla 2).

Respecto a la percepción sobre la medicación y severidad de enfermedad observamos que los pacientes que se mostraron “totalmente de acuerdo” (123.11 ± 17.31) o “de acuerdo” (105.19 ± 10.83) con que sus medicamentos están funcionando obtuvieron la mayor puntuación de adherencia, a comparación de aquellos “neutrales” (93.21 ± 16.17) o “en desacuerdo” (83.00 ± 11.88). De igual forma, los pacientes que se mostraron “totalmente de acuerdo” (115.12 ± 18.87) o “de acuerdo” (103.29 ± 12.79) con que su enfermedad es grave obtuvieron la mayor puntuación de adherencia, a comparación de aquellos “neutrales” (85.73 ± 17.65). Por el contrario, los pacientes que se mostraron “totalmente en desacuerdo” (110.36 ± 17.62) o “en desacuerdo” (100.93 ± 11.26) con la creencia de que los medicamentos hacen daño obtuvieron mayores puntuaciones de adherencia, en comparación con aquellos “neutrales” (104.77 ± 18.44) o “de acuerdo” (100.97 ± 27.89) (Tabla 2).

Análisis de regresión

En el análisis ajustado, a comparación de aquellos que se sentían insatisfechos o neutrales, los pacientes que informaron que se sentían satisfechos tanto con la claridad con la que el médico explicó su tratamiento como con el hecho de sentirse escuchados tuvieron, respectivamente, 12.27 puntos más (IC del 95%: 9.02–15.52; $p < 0.001$) y 12.87 puntos más (IC del 95%: 9.67–16.07; $p < 0.001$). A comparación de aquellos que se encontraban en desacuerdo o neutrales, los pacientes que estuvieron de acuerdo tanto con que sus medicamentos están funcionando como con que su enfermedad es grave tuvieron, respectivamente, 18.13 puntos más (IC del 95%: 14.55–21.71; $p < 0.001$) y 20.34 puntos más (IC del 95%: 14.47–26.20; $p < 0.001$). Por otro lado, en comparación con aquellos que se encontraban en desacuerdo o neutrales, los pacientes que estuvieron de acuerdo con la afirmación “temo volverme dependiente de los medicamentos” presentaron una menor puntuación de adherencia, con 11.18 puntos menos (IC del 95%: –21.27 a –1.09; $p = 0.030$) y 13.69 puntos menos (IC del 95%: –23.23 a –4.15; $p = 0.005$) (Tabla 3).

DISCUSIÓN

En el presente estudio, evaluamos la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con al menos un factor de riesgo cardiovascular atendidos en un hospital público en Perú, así como su asociación con variables relacionadas con la relación médico-paciente y las percepciones de los pacientes sobre el tratamiento y la enfermedad. Observamos que la claridad en la explicación del tratamiento por parte del médico, sentirse escuchado por el profesional de salud, creer que los medicamentos están funcionando y considerar que la enfermedad es grave se asociaron con niveles más altos de adherencia. Por el contrario, el miedo a volverse dependiente de los medicamentos se asoció con puntuaciones de adherencia más bajas.

Hallazgo 1: Hay asociación entre la satisfacción de la explicación claramente del tratamiento y la adherencia

La satisfacción con una clara explicación del tratamiento por parte del médico se asoció a mayor adherencia, siendo esto acorde con investigaciones previas. Valenzuela et al., señalaron que una buena relación médico-paciente se asocia

con mayores probabilidades de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos (22). Teng-Jen—Chang et al., En un estudio previo se observó ~~observaron~~ que una comunicación de buena calidad sobre el tratamiento, explicado por el médico, se asoció de manera significativa con aumento del 8% de probabilidad de adherencia a largo plazo (19). Xueying et al. ~~Un~~, realizó un estudio de metaanálisis de 27 estudios cualitativos, ~~donde concluye~~ concluyó que una explicación clara y detallada permite que los pacientes integren mejor su tratamiento a su vida diaria (20). Ward LM, Thomas J., estudiaron a 2510 beneficiarios utilizando la encuesta actual de beneficiarios de Medicare (MCBS) y observaron que los beneficiarios con una percepción más favorable de su médico (puntuaciones de 37 a más) mostraron una mayor probabilidad de adherencia a los antihipertensivos en comparación con los que obtuvieron puntuación menor a 37 (OR = 1,34; IC 95% = 1,10-1,63; p = 0,0035). (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30338711/>).

Este hallazgo podría explicarse debido a que el conocimiento es la base para el cambio de comportamiento, por lo que una explicación clara sobre la fisiopatología de la enfermedad y los riesgos a largo plazo, los llevará a ser más conscientes de los riesgos creados por la enfermedad ~~e incrementa la confianza del paciente en su médico~~. Asimismo, la comprensión del paciente sobre su tratamiento, los beneficios y consecuencias de su interrupción, incrementa la percepción de necesidad y eficacia, lo que favorece seguir las indicaciones terapéuticas, ~~así como comprender el valor de una buena adherencia al tratamiento, facilitando la integración del régimen terapéutico~~. Por tanto, una explicación clara durante la consulta médica representa una estrategia sencilla, y de alta factibilidad que puede contribuir significativamente a mejorar la adherencia terapéutica en pacientes.

Hallazgo 2: Hay asociación entre la satisfacción de sentirse escuchado y la adherencia

El estar satisfecho con sentirse escuchado también se asoció con una mejor adherencia. Estudios previos como el de ~~Valenzuela et al., observó~~ han observado que los pacientes que reportaron que su médico “siempre” los escuchaba atentamente presentaron un 38% más de probabilidad de mejor adherencia al tratamiento (21). De igual manera, ~~Dilles et al., en otro estudio se observó que~~ en pacientes polimedicados, ~~percibir que el 85% percibía que los profesionales de la salud realmente los escuchaban al hablar de sus medicamentos y el 83% consideraba que sus opiniones eran tomadas en cuenta, esta percepción~~ que los profesionales de la salud realmente los escuchaban al hablar de sus medicamentos y sus opiniones eran tomadas en cuenta s se asoció asociaba significativamente con mayor adherencia farmacológica (22). Esta asociación se puede explicar porque el hecho de sentirse escuchado por el médico genera mayor confianza en el paciente, lo cual genera mayor

participación en la toma de decisiones sobre su tratamiento, consecuentemente incrementa su compromiso y motivación hacia el cumplimiento de su tratamiento. ~~En conjunto, esto sugiere que la escucha activa y la involucración del paciente en las decisiones sobre su medicación constituyen~~ podrían también contribuir una estrategia ~~de bajo costo y alto impacto para que mejorar la adherencia los pacientes cumplan con su~~ régimen terapéutico.

Hallazgo 3: Hay asociación entre creer que los medicamentos funcionan y la adherencia

Los pacientes que creían en la eficacia de su medicación presentaron mayor adherencia al tratamiento. Esta asociación concuerda con ~~Belitsi et al., un estudio en el que~~ encontraron que los pacientes que tenían puntos de vista negativo sobre la eficacia de su medicación tenían 2.23 veces más de probabilidad incumplimiento, ~~incluso los pacientes dentro de los pacientes había un subgrupo con creencias negativas más marcadas, donde la probabilidad de incumplimiento se incrementaba a ser~~ fue 4 veces mayor ~~en comparación~~ (23). De manera similar, ~~Kamran et al., en otro estudio~~ observaron ~~se observó que~~ en pacientes con hipertensión arterial ~~que~~ una mayor puntuación en la subescala de "beneficios percibidos" se asoció significativamente con mejor adherencia al tratamiento. En cambio, los pacientes con baja percepción de beneficio tuvieron 19.9 veces más de probabilidad de no ser adherentes (24). Esto podría deberse a que las creencias positivas sobre la eficacia de los medicamentos refuerzan la motivación del paciente y reducen la percepción de riesgo asociado al tratamiento, facilitando el cumplimiento a largo plazo. ~~E infiere que a~~ Aboard las creencias, dudas o percepciones negativas de los pacientes respecto a sus medicamentos ~~constituye~~ podría constituir un componente clave para mejorar la adherencia terapéutica.

Hallazgo 4: Hay asociación entre creer que la enfermedad es grave y la adherencia

Percibir la enfermedad como grave también se asoció a mayor adherencia. Este hallazgo es consistente con ~~Kamran et al., un estudio previo en el~~ que observaron que los pacientes que percibían su enfermedad como grave presentaron mejor adherencia al tratamiento antihipertensivo (24). Una revisión sistemática ~~también de Al Neumani et al.,~~ reportó que cinco estudios encontraron que, a mayor percepción de gravedad, mayor adherencia terapéutica. Asimismo, dos estudios adicionales mostraron que una mayor creencia en la susceptibilidad a sufrir complicaciones se relacionaba con un mejor cumplimiento del tratamiento (25). Esto podría deberse a que una mayor percepción de gravedad incrementa la sensación de riesgo del paciente frente a posibles complicaciones, lo que fortalece su percepción sobre la importancia del tratamiento y motiva su cumplimiento. Estos hallazgos sugieren que ~~fortalecer la percepción~~ ~~concientizar sobre los riesgos y complicaciones a los que conlleva los factores de riesgo cardiovascular no controlados~~ ~~de gravedad de la enfermedad cardiovascular mediante intervenciones educativas~~ podría constituir una estrategia efectiva para mejorar la adherencia al tratamiento ~~en pacientes con riesgo cardiovascular.~~

Hallazgo 5: Hay asociación entre tener temor de volverse dependiente de los medicamentos y menos adherencia

Por otro lado, el temor a volverse dependiente de los medicamentos se asoció a una baja adherencia. Estos resultados concuerdan con investigaciones previas. Ganong et al., Por ejemplo, un estudio previo identificaron identificó que el temor a la dependencia de los medicamentos fue la creencia negativa más frecuentemente reportada entre los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, y que esto se asoció con una reducción aproximada del 53% en la probabilidad de adherencia al tratamiento (26). De manera consistente, Dilles et al., Otro estudio en un estudio multicéntrico transversal, también observaron observó que el 28.4% de los pacientes entre pacientes polimedicados, la presentaba preocupación por volverse dependiente de los medicamentos, lo que se asoció significativamente a menor adherencia farmacológica, posicionando al temor a la dependencia como una barrera importante para el cumplimiento terapéutico (22). En conjunto, esto refuerza Esto sugiere que una idea de que el temor a la dependencia actúa como un factor limitante percibido que afecta de manera negativa que los pacientes con riesgo cardiovascular se adhieran a su tratamiento. Por ello, es necesario realizar intervenciones educativas orientadas a reducir este temor de la dependencia de los medicamentos, aclarando los beneficios frente a los efectos adversos del tratamiento como estrategia para mejorar la adherencia, lo cual sería una estrategia clave para mejorar la adherencia terapéutica en los pacientes.

Este estudio cuenta con la fortaleza de que utilizó un instrumento validado para medir adherencia en pacientes cardiovasculares que no solo abarcó el aspecto farmacológico, pero también no farmacológico. Así mismo, se aplicó un análisis ajustado por múltiples covariables confusoras. Por otro lado, **Limitaciones**

Los resultados de este estudio deben interpretarse considerando ciertas limitaciones. Al tratarse de un estudio transversal analítico, no es posible definir la temporalidad entre las variables independientes (relación médico - paciente y percepciones sobre el tratamiento y la enfermedad) y la variable dependiente (adherencia al tratamiento). Es posible que los pacientes el tener mejor adherencia sea el causante de diferentes percepciones. De la misma manera, el ser un estudio en un solo hospital y con muestreo no probabilístico limita la representatividad externa de los resultados. En cuanto a la recolección de datos, se hizo de forma presencial durante la consulta médica, lo que pudo haber generado un sesgo de deseabilidad social, los pacientes pudieron tender a responder de forma más favorable tanto en las preguntas sobre la relación médico - paciente como en las percepciones sobre el tratamiento. Así mismo,

Aunque el instrumento utilizado para la adherencia ha sido validado previamente, la información se basó en autorreporte, lo que puede llevar a sesgo de información. Finalmente, aunque se ajustó por múltiples variables potencialmente confusoras (sexo, edad, estado civil, nivel educativo, polifarmacia, efectos adversos, ansiedad/depresión y tiempo de diagnóstico), no puede descartarse la presencia de confusión residual por factores no medidos, como el factor socioeconómico detallado, el acceso a medicamentos y servicios de salud o el apoyo familiar real.

~~Sin embargo, este estudio cuenta con la fortaleza de utilizó un instrumento validado para medir adherencia en pacientes cardiovasculares que no solo abarcó el aspecto farmacológico, pero también no farmacológico. Así mismo, se aplicó un análisis ajustado por múltiples covariables confusoras.~~

Conclusión

En conclusión, encontramos evidencia de que la claridad en la explicación del tratamiento por parte del médico, sentirse escuchado, creer que los medicamentos están funcionando, percibir la enfermedad como grave y el temor a volverse dependiente de los medicamentos podrían ser factores asociados a la adherencia. Estos hallazgos señalan que los aspectos psicosociales y relacionales juegan un rol fundamental en la adherencia terapéutica de esta población. Fortalecer la comunicación efectiva y la escucha activa dirigida a mejorar las creencias de los pacientes sobre su enfermedad y tratamiento representa una estrategia de bajo costo y alto impacto para mejorar el control de los factores de riesgo cardiovascular en el ámbito hospitalario peruano.

Formatted: Indent: Left: 0.1"

1

18
14

DECLARACIONES

Contribuciones de los autores

5 Diana Tinoco: Conceptualización, investigación, recursos, curaduría de datos, redacción - borrador original, redacción, validación.

Nail León: Revisión y edición, adquisición de fondos, administración del proyecto, análisis formal, redacción - revisión y edición.

23 Anderson N. Soriano-Moreno: Análisis estadístico, supervisión, redacción - borrador original, redacción - revisión y edición.

10 Todos los autores redactaron el manuscrito y aprobaron la versión final.

Financiamiento

Este estudio no tuvo financiamiento.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Freihat O, Sipos D, Aamir M, Kovacs A. Global burden and future projections of non-communicable diseases (2000–2050): Progress toward SDG 3.4 and disparities across regions and risk factors. *Hennis AJM*, editor. *PLoS One*. 10 de diciembre de 2025;20(12):e0336036. doi:10.1371/journal.pone.0336036
2. World Health Organization. Noncommunicable diseases [Internet]. *Fact sheet* (Internet); [citado 22 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
3. Cuevas C, Kikushima-Alcantara P, Miranda JJ. The State of Cardiovascular Care in Peru: Needs for System Strengthening. *Circulation*. 8 de julio de 2025;152(1):7-10. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.124.071776
4. Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2024 [Internet]. [citado 19 de abril de 2026]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/6813669-peru-enfermedades-no-transmisibles-y-transmisibles-2024>
5. Ballena-Caicedo J, Zuzunaga-Montoya FE, Loayza-Castro JA, Vásquez-Romero LEM, Tapia-Limonchi R, De Carrillo CIG, et al. Global prevalence of dyslipidemias in the general adult population: a systematic review and meta-analysis. *J Health Popul Nutr*. 26 de agosto de 2025;44(1):308. doi:10.1186/s41043-025-01054-3
6. Ministerio de Salud (Minsa). La diabetes se constituye como séptima causa de muerte en nuestro país [Internet]. [citado 19 de abril de 2026]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/1057556-la-diabetes-se-constituye-como-septima-causa-de-muerte-en-nuestro-pais>
7. Arshed M, Kiran M, Umer MF, Samkari JA, hassan SM ul, Qamer S, et al. Prevalence and associated factors of adherence to antihypertensive medication: a nationwide cross-sectional study. *BMC Public Health*. 3 de julio de 2025;25(1):2364. doi:10.1186/s12889-025-21456-6
8. Liu M, Zheng G, Cao X, Chang X, Zhang N, Liang G, et al. Better Medications Adherence Lowers Cardiovascular Events, Stroke, and All-Cause Mortality Risk: A Dose-Response Meta-Analysis. *Journal of Cardiovascular Development and Disease*. noviembre de 2021;8(11):146. doi:10.3390/jcdd8110146
9. Subih MM, Abu Saleh F, Malak MZ. Medication adherence among patients with cardiovascular diseases: a cross-sectional study. *Journal of Research in Nursing*. junio de 2023;28(4):272-82. doi:10.1177/17449871231175737

Formatted: English (United States)

Formatted: English (United States)

Formatted: English (United States)

Formatted: English (United States)

Formatted: English (United States)

10. Herrera-Añazco P, Pacheco-Mendoza J, Valenzuela-Rodríguez G, Málaga G. Autoconocimiento, adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en el Perú: una revisión narrativa. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. julio de 2017;34(3):497-504. doi:10.17843/rpmesp.2017.343.2622
11. Abate SM, Thanigaimani S, Sinha M, Sun D, Golledge J. A systematic review and meta-analysis testing the effect of lifestyle modification and medication optimization programs on cholesterol and blood pressure in patients with cardiovascular disease. *Syst Rev*. 28 de julio de 2025;14(1):153. doi:10.1186/s13643-025-02857-5
12. Jankowska-Polańska B, Zamęta K, Uchmanowicz I, Szymańska-Chabowska A, Morisky D, Mazur G. Adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment of frail hypertensive patients. *J Geriatr Cardiol*. febrero de 2018;15(2):153-61. doi:10.11909/j.issn.1671-5411.2018.02.002 PubMed PMID: 29662509; PubMed Central PMCID: PMC5895955.
13. Zeng J, Gao Y, Hou C, Liu T. The impact of doctor–patient communication on medication adherence and blood pressure control in patients with hypertension: a systematic review. *PeerJ*. 28 de noviembre de 2024;12:e18527. doi:10.7717/peerj.18527
14. Carbonell-Soliva Á, Nouni-García R, López-Pineda A, Cordero-Fort A, Pérez-Jover V, Quesada JA, et al. Opinions and perceptions of patients with cardiovascular disease on adherence: a qualitative study of focus groups. *BMC Prim Care*. 16 de febrero de 2024;25(1):59. doi:10.1186/s12875-024-02286-8
15. Ministerio de Salud del Perú. Resolución Ministerial N.º 1120-2017/MINSA que aprueba la Guía Técnica para la Identificación, Tamizaje y Manejo de Factores de Riesgo Cardiovasculares y de Diabetes Mellitus Tipo 2 Revista / Fuente: Resolución Ministerial (PDF) [Internet]. Resolución Ministerial (PDF); [citado 19 de abril de 2026]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/187945-1120-2017-minsa>
16. Ministerio de Salud. Manual de registro y codificación en la consulta ambulatoria. Componente de prevención y control de daños no transmisibles. Sistema de información HIS [Internet]. [citado 19 de abril de 2026]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/3249236-manual-de-registro-y-codificacion-en-la-consulta-ambulatoria-componente-de-prevencion-y-control-de-danos-no-transmisibles-sistema-de-informacion-his>
17. Ministerio de Salud del Perú. Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización. Programa Presupuestal 0018: Enfermedades No Transmisibles. Reporte de seguimiento al III Trimestre 2025 [Internet]. [citado 19 de abril de 2026]. Disponible en: <https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/>

Formatted: English (United States)

Formatted: English (United States)

18. Achury Beltrán LF. Validez y confiabilidad del cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular. *Aquichan*. 2017;17(4):460-71.

19. Chang TJ, Bridges JFP, Bynum M, Jackson JW, Joseph JJ, Fischer MA, et al. Association Between Patient-Clinician Relationships and Adherence to Antihypertensive Medications Among Black Adults: An Observational Study Design. *J Am Heart Assoc*. 20 de julio de 2021;10(14):e019943. doi:10.1161/JAHA.120.019943 PubMed PMID: 34238022; PubMed Central PMCID: PMC8483480.

20. Zhou X, Zhang X, Gu N, Cai W, Feng J. Barriers and Facilitators of Medication Adherence in Hypertension Patients: A Meta-Integration of Qualitative Research. *J Patient Exp*. 27 de marzo de 2024;11:23743735241241176. doi:10.1177/23743735241241176 PubMed PMID: 38549805; PubMed Central PMCID: PMC10976505.

Formatted: English (United States)

21. Peña-Valenzuela AN, Ruiz-Cervantes W, Barrios-Olán C, Chávez-Aguilasocho AI. Relación médico-paciente y adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2023;61(1):55-60. PubMed PMID: 36542507; PubMed Central PMCID: PMC10396067.

22. Dilles T, Mortelmans L, Loots E, Sabbe K, Feyen H, Wauters M, et al. People-centered care and patients' beliefs about medicines and adherence: A cross-sectional study. *Heliyon*. 2 de mayo de 2023;9(5):e15795. doi:10.1016/j.heliyon.2023.e15795 PubMed PMID: 37251820; PubMed Central PMCID: PMC10208933.

Formatted: English (United States)

23. Belitsi V, Tsiampalis T, Kouvari M, Kalantzi V, Androutsos O, Bonoti F, et al. Exploring Patient Beliefs and Medication Adherence in the Mediterranean Context: A Cross-Sectional Study in Patients with Cardiovascular Diseases and Cardiometabolic Disorders in Greece—The IACT-Study. *Life (Basel)*. 7 de septiembre de 2023;13(9):1880. doi:10.3390/life13091880 PubMed PMID: 37763284; PubMed Central PMCID: PMC10532979.

24. Kamran A, Sadeghieh Ahari S, Biria M, Malepour A, Heydari H. Determinants of Patient's Adherence to Hypertension Medications: Application of Health Belief Model Among Rural Patients. *Ann Med Health Sci Res*. 2014;4(6):922-7. doi:10.4103/2141-9248.144914 PubMed PMID: 25506487; PubMed Central PMCID: PMC4250992.

25. Al-Noumani H, Wu JR, Barksdale D, Sherwood G, AlKhasawneh E, Knaf G. Health beliefs and medication adherence in patients with hypertension: A systematic review of quantitative studies. *Patient Education and Counseling*. 1 de junio de 2019;102(6):1045-56. doi:10.1016/j.pec.2019.02.022

26. Gagnon MD, Waltermaurer E, Martin A, Friedenson C, Gayle E, Hauser DL. Patient Beliefs Have a Greater Impact Than Barriers on Medication

Adherence in a Community Health Center. J Am Board Fam Med.
2017;30(3):331-6. doi:10.3122/jabfm.2017.03.160129 PubMed PMID: 28484065.

TABLAS

Tabla 1. Características generales

Característica	N = 372 [†]
Sexo del paciente	
Femenino	246 (66.1%)
Masculino	126 (33.9%)
Edad (años)	64.8 (11.5)
Estado civil	
Con pareja	297 (79.8%)
Sin pareja	75 (20.2%)
Región de procedencia	
Costa	230 (61.8%)
Selva	17 (4.6%)
Sierra	125 (33.6%)
Situación laboral	
Desempleado	229 (61.6%)
Empleado	143 (38.4%)
Ingreso mensual familiar	
Menos de s/ 1,300	271 (72.8%)
De s/1,301 hasta s/2,480	63 (16.9%)
De s/2,481 hasta s/3,970	38 (10.2%)
Grado de instrucción	
Ninguna/Primario	143 (38.4%)
Secundaria completa	119 (32.0%)
Superior	110 (29.6%)
Diabetes mellitus tipo 2	296 (79.6%)
Años con diagnóstico de diabetes	18.2 (8.5)
Hipertensión	273 (73.4%)
Años con diagnóstico de hipertensión	24.7 (10.7)
Dislipidemia	240 (64.5%)
Años con diagnóstico de dislipidemia	12.3 (6.5)
Sobrepeso/obesidad	333 (89.5%)
Años con diagnóstico de sobrepeso/obesidad	33.2 (11.0)
Medicamentos al día	5.6 (2.4)
Ha presentado efectos adversos que le hagan dejar el medicamento	42 (11.3%)
Score adherencia	105.0 (16.8)
[†] n (%); Media (DE)	

Tabla 2. Relación médico–paciente y las percepciones sobre el tratamiento y la enfermedad

Característica	N = 372 ¹	Media ± SD	p ²
Relación médico paciente			
Mi médico explica claramente mi tratamiento			p<0.001
16 Muy insatisfecho	0 (0.0%)	-	
Insatisfecho	23 (6.2%)	94.39 ± 21.40	
Neutral	184 (49.5%)	98.07 ± 11.83	
Satisfecho	117 (31.5%)	110.37 ± 13.43	
Muy satisfecho	48 (12.9%)	123.81 ± 18.98	
Me siento escuchado			p<0.001
Muy insatisfecho	1 (0.3%)	-	
Insatisfecho	21 (5.6%)	91.33 ± 18.19	
Neutral	190 (51.1%)	98.36 ± 12.19	
Satisfecho	111 (29.8%)	110.97 ± 13.62	
Muy satisfecho	49 (13.2%)	123.35 ± 19.06	
Percepción sobre medicación y enfermedad			
Creo que mis medicamentos están funcionando			p<0.001
11 Totalmente en desacuerdo	1 (0.3%)	-	
En desacuerdo	17 (4.6%)	83.00 ± 11.88	
Neutral	71 (19.1%)	93.21 ± 16.17	
De acuerdo	217 (58.3%)	105.19 ± 10.83	
Totalmente de acuerdo	66 (17.7%)	123.11 ± 17.31	
Creo que los medicamentos hacen daño			p<0.001
13 Totalmente en desacuerdo	151 (40.6%)	110.36 ± 17.62	
En desacuerdo	166 (44.6%)	100.93 ± 11.26	
Neutral	26 (7.0%)	104.77 ± 18.44	
De acuerdo	29 (7.8%)	100.97 ± 27.89	
Totalmente de acuerdo	0 (0.0%)	-	
Temo volverme dependiente de los medicamentos			p<0.001
3 Totalmente en desacuerdo	192 (51.6%)	110.78 ± 17.84	
En desacuerdo	164 (44.1%)	99.44 ± 11.25	
Neutral	5 (1.3%)	91.40 ± 19.40	
De acuerdo	11 (3.0%)	94.18 ± 29.41	
Totalmente de acuerdo	0 (0.0%)	-	
Creo que mi enfermedad es grave			p<0.001
Totalmente en desacuerdo	0 (0.0%)	-	
En desacuerdo	1 (0.3%)	-	
Neutral	30 (8.1%)	85.73 ± 17.65	
De acuerdo	242 (65.1%)	103.29 ± 12.79	
Totalmente de acuerdo	99 (26.6%)	115.12 ± 18.87	
¹ n (%)			
² Valor p calculado con la prueba de ANOVA			

1

Tabla 3. Asociación entre la adherencia al tratamiento con la relación médico-paciente y las percepciones sobre el tratamiento y la enfermedad

26	Variable	Regresión simple			Regresión ajustada*		
		B	95 CI%	p	B	95 CI%	p
	Mi médico explica claramente mi tratamiento						
	Insatisfecho/Neutral						
	Satisfecho	16.62	13.61 – 19.64	<0.001	12.27	9.02 – 15.52	<0.001
	Me siento escuchado						
	Insatisfecho/Neutral						
	Satisfecho	17.08	14.07 – 20.08	<0.001	12.87	9.67 – 16.07	<0.001
	Creo que mis medicamentos están funcionando						
	En desacuerdo/Neutral						
	De acuerdo	18.13	14.55 – 21.71	<0.001	16.95	13.74 – 20.16	<0.001
	Creo que los medicamentos hacen daño						
	En desacuerdo/Neutral						
	De acuerdo	-4.41	-10.81 – 1.99	0.176	-5.25	-11.33 – 0.83	0.090
	Temo volverme dependiente de los medicamentos						
	En desacuerdo/Neutral						
	De acuerdo	-11.18	-21.27 – -1.09	0.030	-13.69	-23.23 – -4.15	0.005
	Creo que mi enfermedad es grave						
	En desacuerdo/Neutral						
	De acuerdo	20.34	14.47 – 26.20	<0.001	22.61	17.55 – 27.68	<0.001
* Regresión ajustada por sexo, edad, estado civil, lugar de origen, situación laboral, ingreso mensual familiar, nivel educativo, número de medicamentos al día, presencia de efectos adversos, ansiedad/depresión, número de condiciones cardiometabólicas y tiempo desde el primer diagnóstico.							